

Drogas e Proteção à Saúde

Dr. Dartiu Xavier

Professor e livre docente da Universidade Federal de São Paulo.

Boa tarde a todos. Gostaria de agradecer o convite, à LEAP e à Escola da Magistratura, por estar aqui com vocês dividindo minha experiência. É claro, fui convidado para falar sobre o ponto de vista da minha área de *expertise*, que é a medicina. Contudo, gostaria de salientar que quando falamos dessa esfera de substâncias psicoativas, vulgarmente conhecidas como drogas, falamos sempre sobre um assunto em que a multidisciplinaridade é implícita; não podemos falar só sob um foco. Esse problema aparece na Medicina. Só para vocês terem uma ideia do absurdo, os Tratados de Medicina até a década de 1960, os grandes tratados no mundo inteiro, classificavam as dependências de drogas junto com as perversões sexuais e com a delinquência, ou seja, drogados, tarados e pervertidos, uma visão bem “neutra”, bem “científica”, bem “isenta” – essa era a classificação dos grandes tratados psiquiátricos. Hoje em dia, a Medicina mudou bastante, mas acho que a mentalidade dos médicos não acompanhou essa mudança. Grande parte da visão médica ainda mantém o ranço dessa visão ancestral, medieval. Então, o que vou tratar agora é uma das maneiras como a Medicina vê isso, porém não sei nem se é a maneira principal, se é a *mainstream*, mas é uma das visões de abordagem da questão das drogas.

Há vinte e cinco anos, mantenho um serviço dentro da Universidade Federal de São Paulo para tratamento de dependentes químicos. Depois que fiz Medicina, me especializei em urgências psiquiátricas. Trabalhava em pronto socorro psiquiátrico e, como era um trabalho extremamente extenuante, vi que precisava mudar de vida porque não dava mais para ficar trabalhando com urgências como um “maluco”. E resolvi fazer alguma coisa diferente. Em São Paulo, apesar de ser uma cidade enorme em termos populacionais, não existia nenhum serviço gratuito que tratasse de dependência de drogas ilícitas; só existiam serviços privados. Serviços públicos gratuitos só existiam para tratamento de dependentes de álcool. Então, diante dessa necessidade, pensei em montar dentro da universidade um serviço para o tratamento de dependentes de drogas

ilícitas. Isso foi na época em que tive a oportunidade de ir para a França, quando conheci a Gilberta Acselestad e fiz estágio no Hospital *Marmottan*, em Paris, com o Professor Olievenstein. Ele foi alguém que modificou essa maneira preconceituosa com que a psiquiatria via os dependentes químicos, os drogados.

A partir de uma visão muito mais humanista, o Professor Olievenstein criou um modelo, um método, uma escola de tratamento de dependência que se opunha ao modelo vigente na época, que era o modelo americano, modelo repressivo, modelo proibicionista e que vinha com o ranço dessa patologização dos dependentes químicos, dos drogados, colocando-os ao lado dos delinquentes e dos pervertidos. Essa maneira revolucionária do modelo francês me inspirou e me animou a montar algo parecido.

Dessa forma, mantenho esse serviço há vinte e cinco anos na Universidade Federal de São Paulo. Atendemos, hoje em dia, aproximadamente setecentas consultas de dependentes químicos por mês. Começamos como um serviço só de assistência e depois ampliamos para o serviço de prevenção e, pelo fato de estarmos dentro de uma universidade, focalizamos especialmente a área de pesquisa que já desenvolvemos há mais de quinze anos. É muito difícil trabalhar nessa área. É muito difícil para todos os profissionais envolvidos nessa área das dependências, do uso de drogas e do abuso, pelo fato de esta ser uma área multifacetada, em que, nenhuma das áreas por si só se basta; precisamos de interlocução constante com os outros campos do conhecimento.

Só para dar alguns exemplos, trabalhando com dependente químico acabamos ficando muito envolvidos com a dificuldade de ele abandonar a sua dependência, com todas as dificuldades inerentes a largar um produto com o qual a pessoa estabeleceu uma relação de tanta intensidade, de necessidade daquilo. Contudo, quando saímos um pouquinho da clínica e do contato com o dependente, começamos a ver outras coisas, como, por exemplo, os estudos epidemiológicos, que vão contar outra história das drogas.

E que histórias são essas? Existem várias. Pensei em algumas para discutir com vocês e levantar alguns questionamentos. Por exemplo, os dados importantes epidemiológicos que temos sobre a história das drogas no Brasil basicamente vêm de dois lugares: as pesquisas da Fiocruz ou as do CEBRID. As pesquisas do CEBRID têm mostrado dados bastante

contundentes. Por exemplo, os grandes levantamentos epidemiológicos do CEBRID mostram que as taxas de dependência de álcool ou de uso que provavelmente indique uma dependência são da ordem de dez a quinze por cento da população geral brasileira. Quando formos verificar o que acontece com a cocaína e o crack, a ordem é de zero vírgula quatro por cento, ou seja, o problema da dependência ou da “epidemia” de crack – tão divulgada virou um patrimônio político para ser jogado como uma grande arma de comoção pública – é de uma ordem infinitamente inferior ao problema do álcool. O problema do álcool é, pelo menos, trinta vezes mais grave do que o problema do crack. O que existe é uma série de holofotes em cima da questão do crack e uma certa “diabolização” das drogas ilícitas de um modo geral e agora é a vez do crack, ou seja, não existe fundamentação epidemiológica científica para se falar que existe uma epidemia. Não sabemos; só sabemos que existe, mas não sabemos se é apenas um aumento de visibilidade. Caracterizar isso como epidemia não é possível.

Outra questão: existe uma série de estudos, especialmente nos Estados Unidos, fazendo a seguinte avaliação: qual é o risco de uma pessoa que experimenta uma determinada substância se tornar dependente? Se verificarmos no álcool, entre cem pessoas que experimentam o álcool, temos uma taxa de quinze por cento que se torna dependente, o que é um pouco parecido com o que falei sobre as estatísticas brasileiras. A maconha é uma droga ilícita; entre cem pessoas que usam maconha, nove vão se tornar dependentes, ou seja, o discurso a partir do usuário de maconha não corresponde à informação epidemiológica que temos: o risco de você se tornar dependente é pequeno, muito menor que o do álcool. E mesmo quanto à cocaína, que é uma droga mais agressiva, os estudos variam, mas temos taxas de dezessete a vinte e um por cento dos usuários se tornando dependentes. Isso significa, se olharmos pelo inverso, que praticamente oitenta por cento de quem usa cocaína não se torna dependente.

Por que estou levantando isso? Não estou aqui para fazer apologia do uso de drogas ou falar que elas não são problemáticas. De forma alguma. Trabalho com isso há vinte e cinco anos e sei o quanto as drogas são um problema para muita gente. O que estou dizendo é que existe um discurso a respeito das drogas que é um discurso que perverte uma realidade que não é apresentada, ou seja, que o problema de dependência existe, mas é de uma minoria dos usuários. Isso já coloca abaixo, já desmonta

algo muito relacionado à questão da legalidade ou ilegalidade de uma substância. Existe uma tendência de a sociedade tratar as drogas ilícitas como potencialmente mais agressivas ou mais perigosas. E existem pessoas que acreditam que só pelo fato de o indivíduo estar usando uma droga ilícita, ele já estaria na qualidade de dependente. Isso não tem qualquer fundamentação científica que possa embasar esse tipo de crença. Isso se situa na esfera do ideológico.

Já que falei de drogas lícitas e ilícitas, outra questão que precisamos lembrar é um dos aspectos do proibicionismo. O proibicionismo é uma questão tão ampla, com tantas facetas, mas tem um aspecto que gostaria de destacar aqui. Sabemos, pela experiência de todos os relatos, de diversas evidências em diversos momentos históricos, que todas as vezes em que, focalizando em determinado grupo, determinada população, determinado governo instituiu medidas restritivas, repressoras, muito violentas, isso estimulou formas de consumo mais perigosas. Um exemplo cabal disso é a lei seca americana. A lei seca americana durou de 1919 até 1933. O que aconteceu? Ela foi revogada porque foi um grande desastre. Ela fez muitas coisas ruins. A única coisa que não fez foi diminuir o número de dependentes. Quem era dependente de álcool passou a recorrer a alambiques clandestinos, ou seja, não deixou miraculosamente, em um passe de mágica, de ser um dependente de álcool. Mas, o que a lei seca provocou, dentre outras coisas – falei de estímulo a formas mais perigosas de consumo – foi o único momento na história da humanidade em que existe registro de uso injetável de álcool. Isso nunca foi registrado em nenhum outro momento da história da humanidade. Por que isso? Porque o acesso é tão difícil, a pessoa tem tanta necessidade de usar aquilo, que na hora em que consegue uma pequena quantidade, precisa ter o efeito máximo que puder; então se injeta. Sendo assim, sabemos que todas as vezes em que se restringe o acesso de um produto, através de medidas repressivas proibicionistas, você estimula formas de consumo mais perigosas e mais agressivas.

A grande maioria dos usuários de drogas, sejam elas lícitas, como o álcool, ou ilícitas, como a cocaína e a maconha, não se torna dependente. Mas a grande dúvida para nós, técnicos da área, é saber quem é quem, quem vai ser um usuário a vida inteira e quem vai virar um dependente. O que faz com que um grupo consiga ser usuário e nunca se torne um dependente e outro grupo tenha tal nível de vulnerabilidade que vá se

encaminhar para a dependência. Embora o grupo de dependentes seja uma minoria, ele é objeto de atenção nossa, os técnicos da área. Daí termos uma série de pesquisas e de questionamentos, de intervenções, de estudos, de discussões, desde o ponto de vista mais clínico até o ponto de vista da pesquisa formal, para tentar responder a essa questão, ou seja, por que algumas pessoas conseguem ser usuárias recreacionais e outras não, acabando por se tornar dependentes. Não existe uma resposta. Sabemos que existem fatores predisponentes. Um deles é a comorbidade psiquiátrica, ou seja, a presença de outros problemas psíquicos associados, pessoas com doenças depressivas ou com sintomas de ansiedade muito grandes têm o maior risco de se tornarem dependentes; pessoas com transtornos de atenção e assim por diante. E isso a gente investiga muito para conseguir identificar vários desses fatores predisponentes.

Também se fala muito em vulnerabilidade biológica. Existe um nível de vulnerabilidade biológica? Existe, mas não é uma fatalidade, ou seja, a pessoa tem um gene da família que a condiciona, se entrar em contato com o álcool, será alcoólatra – isso não existe. Esse tipo de fatalidade associada a um patrimônio genético não existe. Embora vários estudos genéticos mostrem algumas formas de alcoolismo de caráter hereditário e, provavelmente, biologicamente determinado, sabemos que grande parte de alcoolismos familiares são muito mais imitação de modelo do que algo de herança biológica. O que os geneticistas não contam para a gente é que, embora alguns estudos sejam incontestáveis ao mostrar que existe algum tipo de herança biológica, a maioria dos estudos dos geneticistas não concluiu nada, ou seja, concluiu pela inexistência dessa herança, o que nos leva a concluir que não existe um alcoolismo, mas sim diversas e variadas formas de alcoolismos, uns onde existiria algum componente biológico importante, que seriam uma minoria, e a grande parte tendo outros determinantes, fatores psicodinâmicos, fatores ambientais, socioeconômicos e assim por diante.

Fala-se muito dos fatores psicodinâmicos. É claro que o desenvolvimento da personalidade é algo muito importante para determinar como a pessoa se relaciona com os seus objetos de consumo – e não podemos esquecer que a droga, seja lícita ou ilícita, também é um dos objetos de consumo da nossa sociedade, aliás bastante glamorizado. Mas a questão dos fatores psicodinâmicos esbarra em uma questão já conhecida há mais de quarenta anos. É que não existe uma especificidade; não existe um

perfil psicológico de um dependente. Sabemos que o dependente pode ter qualquer característica psicológica, pode ser qualquer pessoa, com qualquer perfil. Não existe uma especificidade, algo como um indivíduo com tais ou tais características vai ser um dependente.

Essa grande diversidade leva-nos a defender a ideia, já defendida pelos franceses desde a década de 1970, de que a dependência é inespecífica, o que implica em algo muito importante para nós todos, para a população toda, isto é, qualquer um de nós pode se tornar dependente de alguma coisa, contudo só não sabemos de quê e se vai ser de algo lícito ou ilícito. Ninguém está vacinado contra uma dependência, o que mostra que os dependentes químicos não são os outros, somos nós. Essa é uma maneira importante de a gente ressignificar o problema. E esse problema fica ainda mais delicado quando entramos nas situações de grande vulnerabilidade social, por exemplo, o que os americanos chamam de *hidden population*, populações escondidas, populações de difícil acesso ou populações em situações de rua, situações de exclusão social.

É a questão, por exemplo, das famosas “cracolândias”, onde você encontra uma série de problemas, de privações, de vulnerabilidades de diversas ordens, onde a droga entra também. Aqui, gostaria de destacar duas experiências nossas. Uma é que quando começamos nosso serviço na universidade, começamos a trabalhar com crianças de rua em 1994. Essa foi nossa primeira experiência. Fomos a campo, ou seja, saímos do ambulatório, do hospital, e fomos para a rua ver o que estava acontecendo com crianças e adolescentes. A motivação foi uma informação de que os jovens estavam se drogando nas ruas. Uma menina de uns 13 anos que entrevistei realmente me “desmontou”, dizendo o seguinte: *“Olha tio, eu nem gosto muito do efeito da droga, mas, para sobreviver na rua, tenho que me prostituir. E para conseguir ter uma relação sexual com adulto, preciso estar drogada, senão morro de dor. É por isso que me drogo”*. Na hora em que essa menina disse isso, eu pensei: a droga é o último problema dessa menina. Acho que a droga talvez seja a solução dessa menina, ou seja, vamos parar de fazer discurso de achar que precisamos retirar essas crianças das drogas. Essas crianças precisam de outras coisas e não que a gente as retire das drogas.

A partir daí, começamos a questionar e ressignificar tudo o que a gente pensava, todos os conceitos que tínhamos na cabeça, porque percebemos que eram preconceitos. Na hora em que vamos falar com o

usuário, verificamos que a história é outra. Tivemos essa experiência e continuamos a fazer trabalhos de rua, o trabalho de redução de danos. Temos, inclusive, um trabalho atualmente na “cracolândia” do Centro de São Paulo, na Praça da Sé, onde encontramos o mesmo nível de problema.

Vemos essas ações absurdas dos governos de promover internação compulsória dessas populações excluídas, criando vários campos de concentração, porque eles são mandados não para um hospital, mas para verdadeiros depósitos do modelo manicomial mais abjeto que existe. Muita gente sabe que é muito mais uma medida de exclusão social, de higienização, do que de atenção, de algum cuidado que eles precisem. A partir daí, se autoriza essa intervenção do Estado tão negativa; a partir de uma inversão do discurso, atribuindo a situação de miséria social à droga, como se a droga estivesse colocando aquele indivíduo naquela situação de miséria social. Contudo, sabemos que não é isso, aquelas pessoas estão naquela situação porque não têm acesso à moradia, à educação, à saúde – elas estão privadas da própria cidadania. É claro, pessoas com tal nível de vulnerabilidade social são um prato cheio para na hora em que entrarem em contato com a droga se tornarem dependentes. Mas, a dependência é uma consequência, não a causa dessa situação.

O que basicamente tentamos defender como questão central no modelo de abordagem é a voluntariedade. Sabemos que um indivíduo que usa uma substância não vai parar porque uma pessoa quer; porque a mãe quer; porque o cônjuge quer. A pessoa precisa ter um nível de abertura para dizer que não quer mais usar tal substância, que gostaria de não usar mais, pois não é o desejo do outro que irá resolver essa questão. Então, a questão da voluntariedade é fundamental. Todas as vezes em que se usa um tratamento coercitivo, seja através de internações involuntárias autorizadas por um médico, seja através de internações compulsórias decretadas por um juiz, a taxa de eficácia é baixíssima. O indivíduo é levado para um sistema, como se fosse um sistema prisional; é levado contra a vontade; é colocado em um sistema onde fica abstinente durante um período de tempo. Via de regra, esse indivíduo recai: sabemos que a taxa de recaída é por volta de 90%, quando não superior, com a internação involuntária. Temos alguns dados que, mostram que em 70% dos casos, a recaída acontece na primeira semana após o indivíduo sair da internação. É muito fácil o indivíduo se manter longe de uma droga quando está em uma situação de artificialidade, está em uma clínica, está isolado dos pro-

blemas dele, do meio ambiente. O difícil é ele se manter longe da droga da qual ele é dependente quando tem que enfrentar os seus problemas, seu cotidiano, sua vida, enfim, as dificuldades, ou seja, aquele conjunto de fatores que o coloca na situação de fragilidade que o leva à dependência.

Então é por isso que nos baseamos muito na questão da voluntariedade. Além de todo o questionamento ético: qual é o direito que tenho de impor a alguém determinada conduta contra a vontade dele? Contudo, tem a questão básica, médica, que é a que me autoriza a tratar o indivíduo desde que ele se voluntarie e queira abandonar aquela dependência. Outra coisa que também se preconiza é que não se façam internações a longo prazo. Sabemos que as internações compulsórias, além de serem inadequadas, não se fazem em ambiente propriamente hospitalar, mas sim carcerário e exilar, durando, muitas vezes, meses ou anos.

Lembro-me de um casal que, certa vez, me procurou, dizendo que tinham um filho dependente químico internado havia dois anos e que, como não gostavam mais do médico que o estava tratando, perguntaram se eu poderia tratá-lo. Sendo assim, fui até o hospital psiquiátrico onde o menino de vinte e um anos estava internado havia dois anos. Ele era usuário ocasional de maconha – essa a razão pela qual foi internado contra a vontade dele. Um detalhe, esse menino era HIV positivo, então não sei quantos anos de vida ele ainda teria, pois isso foi em uma época em que não existiam os tratamentos que temos hoje; isso foi há vinte anos. Sabíamos que o tempo de sobrevivência de uma pessoa HIV positivo não era como hoje, era algo muito menor. Sendo assim, ele estava passando os últimos anos da vida dele em um hospital psiquiátrico porque era usuário ocasional de maconha. Vendo esse tipo de arbitrariedade que é cometida, então, nesse caso, minha atitude foi de imediatamente liberar esse menino. Disse para ele ir para casa. Qual a justificativa de se fazer esse tipo de aviltamento à liberdade individual de um jovem?

Também fui chamado para outro atendimento de um jovem de dezessete anos que fumava um baseado de maconha aos sábados. A família internou esse jovem, com anuência do dono do hospital psiquiátrico, por achar que ele era um dependente químico. O irmão dele, de dezoito anos, costumava chegar em casa quatro vezes por semana completamente bêbado, mas a família achava isso muito interessante; achava que ele era sociável e que estava indo bem na vida. Então, só porque o álcool tem um *status* de droga legal, seu uso abusivo era aplaudido pela família. Já

o uso esporádico de uma droga ilícita, como a maconha, sem nenhuma consequência maior para o irmão de dezessete anos, era visto como uma doença gravíssima que merecia uma privação de liberdade.

Não posso dizer que não exista indicação de internação. Existem situações agudas em que a pessoa pode passar mal sob o efeito de uma substância. Há pessoas que entram em coma alcoólico. Isso não tem nada a ver com a legalidade ou ilegalidade de uma substância; tem a ver com efeitos indesejáveis, *overdoses*, intoxicações, ou seja, são desvios de rota, não é a norma isso acontecer.

Antes de finalizar, gostaria de chamar atenção para uma questão básica. Não há mais sentido em ficarmos fundamentando nenhum tipo de prática a partir dessa classificação de drogas. O fato de uma droga ser lícita ou ilícita nada nos diz sobre os riscos, sobre os danos, sobre os prejuízos em que o indivíduo está incorrendo. Muitas pessoas ainda hoje usam o fato da legalidade e da ilegalidade como se fosse um grande norte, no sentido de tomar medidas médicas ou jurídicas.

Outra questão que entendo importante é o mau uso que se faz desse tipo de discurso, como é o caso, por exemplo, que atinge as populações de grandes vulnerabilidades sociais, populações excluídas. Argumenta-se que, existindo um comportamento de autodestruição através das drogas, poder-se-iam restringir os direitos individuais do indivíduo, levando-o coercitivamente para um isolamento social só porque está usando uma droga ilícita. Sabemos que a maioria do pessoal na “cracolândia” tem um problema muito maior de álcool do que de crack, e isso não é visto. Novamente, existe uma minimização do problema do álcool e uma maximização do problema das drogas ilícitas, o que nos leva mais uma vez a questionar os nossos sistemas classificatórios do uso das drogas.

Finalmente, volto ao que falei no início – falei para vocês que somente uma minoria dos usuários de qualquer tipo de droga lícita ou ilícita se torna dependente, acabando por desenvolver um comportamento abusivo, exagerado, a partir do qual esse uso se torna danoso. Então, comecemos a questionar as diferentes formas de abordagem em relação a um usuário ou a um dependente. E aí não podemos partir somente de um critério jurídico de legalidade ou ilegalidade da substância, ou seja, isso também não faz sentido nessa hora. Quando pensamos no que tornou um indivíduo dependente – e, como falei para vocês, existem muitos questionamentos, muitas ideias e pesquisas – temos falado nesses fatores

de vulnerabilidade, mas não temos respostas; temos falado em algumas hipóteses, algumas maneiras de entender esse fenômeno tão complexo. Contudo, o que sabemos é que, basicamente, o que diferencia o usuário recreacional do dependente é que o primeiro tem a capacidade de determinar o que vai usar, quando vai usar, com quem vai usar, ou seja, frequência, duração, quantidade de consumo da substância. E o segundo, o dependente, diferentemente dele, perdeu essa capacidade, ou seja, não é mais capaz de controlar, diferenciar, a sua relação com o produto. Essa é a diferença básica.

Sendo assim, se essa é a diferença básica, para se tratar um dependente, ter-se-ia que resgatar a possibilidade de ele restabelecer uma relação de escolha, ou seja, um dependente tratado seria aquele capaz de decidir quando vai usar, se vai usar, com quem vai usar. Não é isso que os nossos modelos estão dizendo, os nossos modelos dizem que se a pessoa é um dependente nunca mais vai poder experimentar tal substância, ou seja, é um modelo que diz que se a pessoa é um dependente, ela perdeu a liberdade. Não concordamos com isso. Da mesma forma que entendemos que um usuário recreacional pode exercer sua liberdade de escolha do produto de seu consumo e gerenciá-lo de uma forma adequada, o tratamento da dependência deveria se pautar pelo resgate dessa possibilidade. Então, o que colocamos como norte da nossa maneira de ver a questão é que o que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas sim a liberdade. Obrigado! ❖